

# TESTAMENTO BIOLOGICO

(compilare in triplice copia in ogni sua parte\*).

Io sottoscritto/a .....  
(cognome nome)

nato/a a ..... prov ..... il .....  
residente a ..... in .....  
(via, numero civico, c.a.p.)

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali ed in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue:

in caso di:

- malattia o lesione traumatica cerebrale invalidante ed irreversibile;
- malattia che mi costringa a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione;
- altro.....;

**chiedo di non essere sottoposto ad alcun trattamento terapeutico o di sostegno** (alimentazione / idratazione forzata ecc.).

Nomino mio rappresentante fiduciario il signor/la signora

.....  
(cognome nome)

nato/a a ..... prov ..... il .....

residente a ..... in .....

La presente volontà potrà essere da me revocata o modificata in ogni momento con successiva dichiarazione.

Il dichiarante ed il fiduciario acconsentono espressamente al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, al fine dell'inserimento e della conservazione della presente dichiarazione nel Registro istituito presso il Comune di Palermo.

Si allegano copie documenti d'identità

Palermo, li.....

In fede

.....  
*firma del dichiarante*

.....  
*firma del fiduciario*



Istruzioni e informazioni:  
[palermo.uaar.it/datpa](http://palermo.uaar.it/datpa)

\* Le 3 copie vanno tutte firmate sia dal dichiarante che dal fiduciario.

1 copia in busta chiusa va consegnata all'ufficio comunale

1 copia va trattenuta dal dichiarante

1 copia va consegnata, a cura del dichiarante, al fiduciario